

1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER (Aanvrager en premiebetaler)

Indien het een aanvraag voor collectieven (bedrijven) betreft*:

Nummer inschrijving KKF :

Bedrijfsnaam/ stempel :

Naam directeur/ eigenaar :

Mobiel nummer directeur/ eigenaar (verplicht):

Naam contactpersoon : (Indien afwijkend van directeur/ eigenaar)

Mobiel nummer (verplicht) :

E-mailadres : Faxnummer:

Correspondentieadres :

Bankinstelling/ rekeningnr.:

Indien het een aanvraag voor individuen (gezin) betreft*:

Naam :

Voornamen (volut) :

Geboortedatum : Geslacht: M V

Nationaliteit :

Identiteitskaart- /
Paspoortnummer : (Kopie toevoegen verplicht)

Mobiel nummer (verplicht) :

E-mailadres : Faxnummer:

Correspondentieadres :

Bankinstelling/ rekeningnr.:

2. TE VERZEKEREN PERSOON

Naam :

Voornamen (volut) :

Geboortedatum : Geslacht: M V

Nationaliteit :

Adres : Woonplaats:

Identiteitskaart- /Paspoortnummer: (Kopie toevoegen verplicht)

Relatie tot de verzekeringnemer:

Telefoonnummers huis : Werk:

Mobiel (verplicht) :

E-mailadres : Faxnummer:

3. PRODUCTINFORMATIE

a. Kies het product:

AZPAS Plus

b. Kies de ziekenhuisligging

1^e klasse

2^e klasse

3^e klasse*

c. Kies de premiebetaling

per maand per 3 mnd per 6 mnd per jaar

AZPAS Basis

1^e klasse

per 3 mnd per 6 mnd per jaar

2^e klasse

per 3 mnd per 6 mnd per jaar

3^e klasse*

per 6 mnd per jaar

*) voor kinderen t/m 12 jaar geldt de kinderklasse, die gelijk is aan de 3^e klasse.

d. Kies aanvullende dekking(en):

Optische zorg Suprême (alleen mogelijk bij AZPAS Plus, komt in plaats van de Optische Zorg Classic)

Optische zorg Extra (alleen mogelijk bij AZPAS Basis, komt als extra vergoeding op de wettelijke dekking)

Alternatieve geneeswijzen

Tandpas (Tandpas Aanvraagformulier en Saneringsverklaring ingevuld inleveren)

Azpas Geneesmiddelen klapper GOLD

e. Kies de gewenste ingangsdatum van de verzekering:

(De verzekering kan pas ingaan, nadat acceptatie door Assuria heeft plaatsgevonden)

**) Deze vragen zijn niet van toepassing op kinderen < 5 jaar.

4. Vragen met betrekking tot de te verzekerden persoon

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
----	----------------------------------	----	-----

1a Lengte in cm :
Gewicht in kg:
Datum van meting:

1b Voor kinderen tot 5 jaar

Is/ wordt uw kind gevaccineerd? Ja Nee

Zo ja, laatste vaccinatie datum:

Soort vaccinatie op die datum:

2 Wat is uw beroep / bezigheid?

Indien gepensioneerd, wat was uw laatste beroep?

Indien arbeidsongeschikt, wat is de reden?

Doet u aan sport? Ja Nee

Zo ja: hieronder invullen welke sport en hoe vaak per week:

Bent u de laatste 5 jaren onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen? (waar nodig aankruisen; als er meerdere aandoeningen bij 1 antwoord staan, omcirkelen welke op u van toepassing is/zijn)

3 Cataract (staar, lens vertroebeling) Ja Nee
Glaucoom (verhoogde oogdruk) Ja Nee
Een andere aandoening of ziekteverschijnsel Ja Nee
Gaarne toelichten:
Gebruikt u een bril of contactlenzen? (zo ja, omcirkelen) Ja Nee

4 Heeft u oorklachten? Ja Nee
Heeft u last van oorsuizen? Ja Nee
Heeft u last van looporen? Ja Nee
Heeft u trommelvliesbuisjes? Ja Nee
Heeft u een gehoorapparaat? Ja Nee
Zo ja, links / rechts? (omcirkelen) Ja Nee

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
----	----------------------------------	----	-----

5 Moet u regelmatig hoesten?
Heeft u regelmatig last van kortademigheid?
Heeft u bronchitis, bezetting of tuberculose? Ja Nee

6 Heeft u een geruis aan het hart? Ja Nee
Heeft u wel eens pijn of een beklemd gevoel op de borst of in de hartstreek? Ja Nee
Heeft u hoge bloeddruk? Ja Nee
Heeft u spataderen? Ja Nee
Heeft u aambeien? Ja Nee
Heeft u pijn in de kuiten bij het lopen? Ja Nee
Heeft u een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed? Ja Nee
Heeft u "lage Sahli" (bloedarmoede)? Ja Nee
Heeft u een andere bloedstoornis? Ja Nee
Heeft u verhoogde bloedingsneiging of trombose? Ja Nee
Gaarne toelichten

7 Heeft u suikerziekte? Ja Nee
Gebruikt u insuline? Ja Nee
Heeft u verschijnselen van steeds honger en dorst? Ja Nee
Moet u vaak plassen? Ja Nee

8 Heeft u sikkelcellen? Ja Nee
Zo ja, welk type? SS AS (drager)

9 Schildklieraandoening/ een andere hormoonziekte Ja Nee

10 Heeft u regelmatig klachten in de maagstreek? Ja Nee
Heeft u last van maagpijn? Ja Nee
Heeft u last van zuur branden? Ja Nee
Heeft u last van oprispen? Ja Nee

11 Heeft u regelmatig problemen met de ontlasting? Ja Nee
Heeft u last van verstopping? (obstipatie) Ja Nee
Heeft u last van diarree? Ja Nee
Heeft u last van bloed in de ontlasting? Ja Nee

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
12	Bent u de laatste 5 jaren onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen? (waar nodig aankruisen; als er meerdere aandoeningen bij 1 antwoord staan, omcirkelen welke op u van toepassing is/zijn)		
	- Hartziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Overspannen, duizeligheid, chronische hoofdpijn of migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Allergie voor stof, voedsel, medicijnen of iets anders, nl. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Vallende ziekte, epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Reuma, jicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Artrose (slijtage gewrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Nek-/rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Afwijkingen aan wervelkolom of vaker rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Andere spier- of gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welk lichaamsdeel? _____		
	- Galblaas, lever (b.v. geelzucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Beroerte (CVA, TIA), verlammingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Zenuwstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Nieren of blaas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Prostaat, baarmoeder, eileiders of geslachtsorganen (penis/ vagina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Huidklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke? _____		
	<input type="checkbox"/> Eczeem <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> anders, nl. _____		
	- Zenuwontsteking, botziektes, botbreuken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Kanker of gezwellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welk soort/lichaamsdeel? _____		
	- Aangeboren afwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke? _____		
	- Andere ziekten of aandoeningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke? _____		
	- Geestelijke aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke? _____		
13	Heeft u een geslachtsziekte of sexueel overdraagbare aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Heeft u een aandoening van de geslachtsorganen? Gaarne toelichten: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Heeft u HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Had u routinematige medische, pediatrie of gynaecologische controles, mammogrammen, uitstrijkjes, enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, vermeld datum en resultaten: _____		
16	Wordt u behandeld voor Leishmanianis ("Bos Yaws")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u behandeld voor tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17**	Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, hoeveel sigaretten of shagjes per dag?		
	<input type="checkbox"/> Minder dan 10 <input type="checkbox"/> 10 of meer		
18**	Drinkt u alcoholische drank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, hoeveel glazen per maand:		
	<input type="checkbox"/> Minder dan 25 <input type="checkbox"/> 25 of meer		
19**	Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke? _____		
	Bent u ooit medisch behandeld voor alcohol- of drugsgebruik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
20	Wordt u gedialyseerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u behandeld om dialyse te voorkomen of uit te stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Gebruikt u geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke? _____		
	Hoe vaak? _____ per dag / week / maand		
	Sinds wanneer? _____		
	Wie schrijft deze voor? _____		
22	Bent u ooit geopereerd geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bent u ooit in het ziekenhuis opgenomen anders dan voor een operatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indien bij 1 of 2 van deze vragen "Ja" is aangekruist, ook het volgende invullen:		
	Naam specialist en ziekenhuis: _____		
	Reden van opname? _____		
	In welk jaar? _____		
	Heeft u nog klachten daarvan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, wie behandelt u voor deze klachten? _____		
23	Ligt er een ziekenhuisopname in het vooruitzicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Zo ja, waarvoor? _____		
	- Binnen hoeveel tijd? (dagen / weken / maanden)		
24	Bent u op dit moment onder medische behandeling voor een andere ziekte welke niet eerder is genoemd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, welke ziekte? _____		
25	Heeft u ooit een ongeluk gehad waarbij er sprake was van lichamelijk letsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In welk jaar? _____		
	Beschrijf het letsel _____		

	<i>Indien u een man bent, ga door naar vraag 28</i>		
26**	Bent u op dit moment zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u behandeld voor een niet-regelmatige menstruatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wordt u behandeld in verband met een kinderwens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27**	Heeft u zwangerschappen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zo ja, had u tijdens uw zwangerschap		
	- Hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Bent u in de laatste 5 jaren bij een medisch specialist op het spreekuur geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Naam specialist en ziekenhuis: _____		
	Reden van behandeling? _____		

	Wordt u nog steeds behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Heeft u iets over uw gezondheid op te merken wat niet hierboven vermeld is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
30	Is er ooit een levens-, ziektekosten- of ongevallenverzekering: - Afgewezen - Opgezegd - Uitgesteld - Tegen verhoogde premie aangenomen - Tegen bijzondere voorwaarden aangenomen Zo ja, geef de bijzonderheden op: [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Bij welke maatschappij was u het afgelopen jaar verzekerd? <input type="checkbox"/> Assuria <input type="checkbox"/> SZF <input type="checkbox"/> Self Reliance <input type="checkbox"/> Parsasco <input type="checkbox"/> Elders verzekerd bij [Redacted] <input type="checkbox"/> Niet verzekerd Polisnummer: [Redacted] Bij welke maatschappij bent u op dit moment verzekerd? <input type="checkbox"/> Assuria <input type="checkbox"/> SZF <input type="checkbox"/> Self Reliance <input type="checkbox"/> Parsasco <input type="checkbox"/> Elders verzekerd bij [Redacted] <input type="checkbox"/> Niet verzekerd Polisnummer: [Redacted] Expiratie datum: [Redacted] <i>Kopie van uw verzekeringspas bijvoegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr	Aankruisen wat van toepassing is	Ja	Nee
	Zal de aangevraagde verzekering de bestaande verzekering moeten vervangen? Zo ja, wat is daarvan de reden [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32a	Wie wilt u als huisarts als u AZPAS-verzekerd bent? Naam: [Redacted] Poli adres: [Redacted]		
32b	Wie is uw huidige of laatste huisarts? Naam: [Redacted] Poli adres: [Redacted]		

Toelichting:

De huisarts(en) is (zijn) de dokter(s) bij wie u gaat als u ziek bent en bij wie medische informatie kan worden opgevraagd door Assuria Medische Verzekering N.V.

Indien tijdens de aanvraagprocedure uw gezondheidstoestand wijzigt, bent u verplicht dit door te geven aan Assuria Medische Verzekering N.V. Het niet voldoen aan deze verplichting kan leiden tot nietigverklaring van de verzekering

Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid te hebben beantwoord en verplicht zich de overeenkomstig deze aanvraag op te maken polis te zullen aanvaarden tegen betaling van de verschuldigde premie en kosten. De aanvrager is ermee bekend dat de verzekering eerst tot stand komt na acceptatie door de maatschappij. Art 320 W.v.K.*

Ondergetekende machtigt hierbij alle artsen, die hem/haar behandeld hebben of zullen behandelen, de door Assuria Medische Verzekering N.V. te vragen inlichtingen omtrent zijn/haar gezondheidstoestand te verstrekken.

Plaats: [Redacted] Datum: [Redacted]

[Redacted]

Handtekening van de te **verzekeren persoon** (indien minderjarig, ondertekening door ouders of voogd)

Plaats: [Redacted] Datum: [Redacted]

[Redacted]

Handtekening van de **verzekeringnemer** (indien anders dan te verzekeren persoon)

* Art 320 W.v.K. luidt: Elke verkeerde of onwaarachtige opgave, of elke verzwijging van aan den verzekerde (lees verzekeringnemer) bekende omstandigheden hoezeer te goeder trouw of aan diens zijde hebbende plaats gehad, welke van dien aard is, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarde zou zijn gesloten, indien de verzekeraar van den waren staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig.

SMS/E-MAIL DIENSTEN

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

- Ja, ik geef toestemming aan Assuria N.V. om gratis informatie over polissen en acties via SMS/ e-mail te versturen.
- Nee, ik geef geen toestemming aan Assuria N.V. om informatie over polissen en acties via SMS/ e-mail te versturen.

TIPS EN INFO

- ✓ Gaat u alstublieft na of u **alles hebt ingevuld**. Indien het formulier niet volledig is ingevuld en ondertekend, kan uw aanvraag helaas niet in behandeling genomen worden.
- ✓ Dit aanvraagformulier wordt in behandeling genomen als het binnen 1 maand na dagtekening is ontvangen door Assuria Medische Verzekering N.V.
- ✓ De duur van de behandeling van een aanvraag kan worden beïnvloed indien:
 - Assuria Medische Verzekering N.V. een keuring/laboratoriumonderzoek nodig acht van de te verzekeren persoon.
 - Er medische informatie nodig is van een huisarts of specialist die de te verzekeren persoon heeft behandeld / thans behandelt.
- ✓ Neemt u de **polisvoorwaarden** grondig door en vraag indien nodig naar extra uitleg hierover, zodat u bij het gebruik van uw AZPAS-pasje in de toekomst weet wat uw rechten en plichten zijn.

Naam tussenpersoon:

IP nummer tussenpersoon: